

учитывать уровень Т-лимфоцитов в 1 л крови: от $0,3 \times 10^9/\text{л}$ до $0,7 \times 10^9/\text{л}$ —показано применение ВСЛОК, менее $0,3 \times 10^9/\text{л}$ —ВСЛОК и ЧКЛОК, более $0,7 \times 10^9/\text{л}$ лимфоцитов—лазерное облучение крови **противопоказано**.

В заключение необходимо отметить, что коррекция иммунологических нарушений у больных хроническим остеомиелитом любой локализации, в частности при поражении костей таза, способствует более гладкому течению послеоперационного периода на фоне нормализовавшегося иммунного статуса. Применение и индивидуальный подбор метода иммунокоррекции должны основываться на строгом иммунологическом контроле с использованием всех современных методов диагностики и средств иммунокоррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байрамов Н. Ю. Применение комбинированного лазерного облучения в комплексном лечении хронического остеомиелита: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 1991. 25 с.
2. Гостищев В. К., Шкроб Л. О., Вертьянов В. А., Байрамов Н. Ю. Влияние внутрисосудистого лазерного облучения крови на состояние иммунной системы больных хроническим остеомиелитом// Хирургия. 1991. № 9. С. 98—101.
3. Земсков В. С., Гамалей Н. Ф., Рудных З. М. и др.//Клин. хирургия. 1984. № 12. С. 17—18.
4. Канорский И. Д., Недвекая Л. М., Василькова З. Ф. и др. Использование иммунологиче-

ских методов при лечении хронического остеомиелита//Хирургия. 1978. № 2. С. 48—53.

5. Криворучко В. И. Патология иммунной системы в хирургии остеомиелита и ее коррекция иммуностимулирующими препаратами: Дисс. докт. ...мед. наук. Москва, 1980.

6. Линник С. А., Джагинян А. И., Андреева Л. Н., Кузьмина-Соколова И. Б.//Вестн. хирургии. 1985. № 9. С. 51—54.

7. Шалимов А. А., Земсков В. С., Кавкало Д. И., Коновалов Е. И.//Клин. хирургия. 1989. № 1. С. 25—27.

8. Boym A.//Scand. J. Clin. Lab. Invest. 1968. Vol. 21, Suppl. 97. P. 31—90.

9. Zondal M., Holm G., Wergrell H.//J. exp. Med. 1972. Vol. 136, № 2. P. 207—215.

10. Kerman R. A., Smith R., Sephani S. et al.//Cancer (Philad.). 1976. Vol. 36. P. 3274—3278.

11. Masten E., Nagylucskay S., Tisza S., Naster A. //Acta chir. Acad. Szechung. 1978. Vol. 19. № 2. P. 163—170.

Поступила 5.03.96 г.

IMMUNE SYSTEM DISTURBANCE DIAGNOSIS AND CORRECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OSTEOMYELITIS OF THE PELVIS

Gostischev V. K., Shalchkova L. P., Shkrob L. O.

This work is based on treatment results of 177 patients with chronic osteomyelitis of the pelvis. It is dedicated to immune system disturbance diagnosis and correction in these patients by physical and biological methods.

Канд. мед. наук А. В. ВОРОБЕЙ, докор медицины М. ЩЕПКОВСКИ

МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЭНТЕРО- И КОЛОСТОМ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Республиканский центр проктологии и стомийной помощи
(научный руководитель— проф. И. Н. Гришин), Республика Беларусь
Центр для больных со стомами в Варшаве
(научный руководитель—проф. К. Белецки), Республика Польша

Приведены результаты обследования и лечения 308 больных с постоянными энтеро- и колостомами. Даны классификация осложнений, причины их возникновения. Описаны особенности реконструктивных операций, техники формирования концевой стомы с учетом применения современного стомийного оснащения.

Ежегодно в мире около 160 тыс. кол-проктэктомий и эстирпаций прямой кишки завершаются формированием постоянных энтеро- и колостом. Правильное размещение на передней брюш-

ной стенке и адекватное формирование стомы являются главными условиями ее эффективного функционирования и скорейшего возвращения пациента к активной жизни [5, 7].

В то же время правильно выполненная постоянная стома снижает вероятность возникновения местных осложнений, частота которых при концевой колостоме составляет 8,5—46% [2, 3]. В отдаленные сроки после наложения иле-

остом реконструктивные операции требуются в 34% наблюдений. Нередко имеются сочетания двух и более местных осложнений стомии у одного больного (1,4%).

Многие авторы предлагают новые, нетрадиционные методы стомирования, позволяющие осуществлять контролируемое поступление кишечного содержимого. В 1967 г. Нильс Кок впервые выполнил подобную операцию с созданием внутрибрюшного тонкокишечного резервуара и ниппельного клапана, по которому пациент с помощью катетера опорожнял содержимое 2—4 раза в сутки [6]. В 1978 г. Шмидт разработал метод “миопластической колостомы”, основанный на отсечении фрагмента толстой кишки длиной 10—15 см, его демукозации и размещении цилиндра вокруг кишки проксимальнее колостомы. В 1982 г. Шмидт впервые выполнил миопластику на низведенной сигмовидной кишке на месте удаленного анального канала [10]. В 1980 г. Морейра при формировании колостомы использовал тонкокишечную вставку с баугиниевой заслонкой, которая выполняла роль клапана. В 1984 г. Оранжио модифицировал методику Кока, предложив новый тип ниппеля для тонкокишечного резервуара [8]. Прагер разработал новый тип колостомы с силиконовым кольцом и пробкой со специально сконструированным баллоном [9].

Эти методы несколько повышают комфортность жизни пациентов вследствие возможности контроля за выделением испражнений. Однако в основном это сложные операции, требующие безукоризненной хирургической техники, большого опыта в колопроктологии, и они должны выполняться только в специализированных центрах. Поэтому одним из важнейших путей улучшения качества жизни постоянно стомированных больных является снижение уровня парастомических осложнений.

Материалы и методы

Проанализированы результаты обследования и лечения 308 больных с пос-

тоянными энтеро- и колостомами, у 119 из которых было выявлено 133 хирургических осложнения. По поводу злокачественных опухолей ободочной и прямой кишки был оперирован 261 больной (из них радикально—214); диффузного полипоза, неспецифического язвенного колита и болезни Крона—34; в связи с травмами и другими причинами—13. Концевые колостомы были сформированы у 224 пациентов, петлевые—у 47. Концевые илеостомы имелись в 37 наблюдениях.

Нами предложена и применяется в клинической практике рабочая классификация осложнений энтеро- и колостом:

А. По этиологии:

1. Гнойно-воспалительные:

—парастомические нагноения, абсцессы и флегмоны;

—перистомальный дерматит.

2. Онкологические:

—рецидив рака в стоме;

—канцероматозная кишечная непроходимость.

3. Ятрогенные:

—неправильный выбор места выведения стомы;

—некроз, ретракция стомы;

—перфорация при ирригации клизмой.

4. Условно ятрогенные:

—парастомическая грыжа;

—эвагинация;

—стеноз и стриктура;

—западение стомы.

5. Прочие:

—системные осложнения;

—травмы стомы.

Б. По времени развития после операции:

—ранние;

—отсроченные;

—поздние.

В. По выраженности проявления:

1. Общие (системные):

—психоневротические (личностные);

—метаболические (постколэктомический синдром);

—эвакуаторные (дисфункция стомы и кишечная непроходимость).

2. Локальные (местные).

Г. По виду осложнений:

1. Ранние:

—неправильный выбор места для стомирования;

—некроз стомы;

—втяжение (западение) стомы;

—нагноение, абсцесс, флегмона;

—дерматит;

—дисфункция стомы;

—кишечная непроходимость.

2. Отсроченные:

—свищ;

—ретракция.

3. Поздние:

—парастомическая грыжа;

—эвагинация;

—рубцовый стеноз и стриктура;

—рецидив рака в стоме;

—травма стомы;

—перфорации;

—дерматит;

—дисфункция стомы;

—постколэктомический синдром;

—психоневротические нарушения.

Д. По типу осложнений:

—единичные;

—сочетанные.

Е. По способу коррекции:

—подлежащие реконструктивной операции;

—подлежащие медикаментозному лечению;

—подлежащие коррекции у психолога и психопатолога.

Результаты и обсуждение

Больных с местными парастомическими осложнениями разделили на три группы: подлежавших реконструктивной операции было 65, имели противопоказания к такой операции—18, нуждались только в местном консервативном лечении 36 пациентов. Реконструктивная операция включала в себя ликвидацию осложнения и рестомию на прежнем либо новом месте. Перистомальный дерматит не являлся противопоказанием к операции.

Виды местных осложнений постоянных энтеро- и колостом

Вид осложнения	Всего осложнений	Из них оперировано	% от числа обследованных больных
Парастомическая грыжа	49	35	15,9
Дерматит	35	—	11,36
Стеноз	17	17	5,51
Эвагинация	15	8	4,87
Неправильное место стомы	8	2	2,59
Перфорация	3	3	0,97
Некроз стомы	3	3	0,97
Свищи стомы	2	1	0,65
Рак в стоме	1	1	0,32
ИТОГО	133	70	43,18

Осложнения с одинаковой частотой встречались у мужчин и женщин ($p < 0,05$). У 5 из 65 оперированных больных было сочетание двух и более местных осложнений. Лапаротомии при реконструкции понадобились только в 10 наблюдениях (большие парастомические грыжи—4, неправильный выбор места для стомы—2, перфорации стомы—3, рецидив рака в стоме—1). Все остальные операции выполнялись из местного

окаймляющего разреза вокруг стомы. Рестомия выполнялась в медиальном углу образовавшейся раны, что позволяло в дальнейшем эффективно применять “Комбигесив”—системы фирмы “Конватек”. Летальных исходов после реконструктивных операций не было.

Наиболее сложным для лечения осложнением явилась парастомическая грыжа, которая в 4 наших наблюдениях сочеталась с эвагинацией кишки через

сигмостому. При этом производились лапаротомия, резекция избыточной кишки, рестомия в новом месте, пластика грыжевого дефекта. В 31 наблюдении выполнялись рестомия на прежнем месте и пластика брюшной стенки. Линия швов защищалась аэрозольной пленкой "Лифузоль". Имелось 3 нагноения раны. Рецидив грыжи отмечен у 4 больных. Характерно, что частота регистрации парастомической грыжи и ее рецидивов после операции колеблется, по данным разных авторов, от 10% до 70%. Эти цифры зависят от времени обследования больных данной группы и возрастают в отдаленном послеоперационном периоде.

В 4 наблюдениях, где грыжа небольших размеров с бессимптомным течением не мешала фиксации комбигесив-пластины к коже, операция не выполнялась.

При рубцовом стенозе или стриктуре плоской стомы производились иссечение кожно-подкожно-апоневротического рубца и круговое сшивание выделенных эластичных краев кишки с кожей узловыми швами. При стенозе хоботковой стомы она модифицировалась в плоскую по вышеописанной схеме, либо выполнялись резекция рубцово-измененной стомы и рестомия на этом же месте.

Ликвидация эвагинации производилась из местного разреза. При этом необходимо было максимально резецировать избыток кишки для профилактики рецидива эвагинации. Рестомия выполнялась в этой же ране. При эвагинации кишки через оба конца петлевой сигмостомы (2 наблюдения) произведены резекция избытков кишки с сигмостомой и формирование раздельной двухствольной колостомы.

В одном наблюдении свищ илсостомы закрылся самостоятельно, в другом свищ располагался на уровне кожи, и для его ликвидации хоботковая стома была резецирована и превращена в плоскую.

Причиной неадекватного размещения стомы является выбор места для нее

лишь на операционном столе. Казавшееся наиболее подходящим место оказывается неудобным, когда пациент начинает ходить. Поэтому за сутки до операции с предполагаемым стомированием пациенту крепится на кожу живота маркировочная пластина в удобном для различных положений тела месте. Ориентиром служит условная линия, проходящая по наружному краю прямой мышцы живота.

Неподходящими для выведения стомы явились следующие места: линия талии, пупок, складки кожи при ожирении, рубцы от предыдущих операций, близость гребня подвздошной кости и реберной дуги. Выполнение стомии следует начинать с иссечения в означенном месте круглого фрагмента кожи с подкожной клетчаткой диаметром 2—4 см и крестообразного рассечения апоневроза. Выводимый участок кишки с сохраненным краевым сосудом должен выступать над кожей на 2—3 см. Он фиксируется несколькими швами к брюшине и апоневрозу. Затем накладывается 6—8 швов, захватывающих кожу на расстоянии около 5 мм от краев кожной раны, серозную оболочку кишки или жировые подвески и брюшинный покров брыжейки на уровне кожи и серозно-мышечный слой по свободному краю кишки. При этом происходит выворот кишки слизистой наружу и формируется концевая хоботковая стома высотой 1,0—1,5 см. Сразу на операционном столе вокруг стомы крепится соответствующая по размеру пластина "стоматесив" и прозрачный мешочек, позволяющий постоянно контролировать состояние стомы. Данная методика особенно показана тучным больным.

При другом варианте формирования концевой стомы одним рядом швов захватываются края брюшины, апоневроза и кожи. Выведенный через образовавшееся отверстие участок кишки длиной около 5 см фиксируется у основания этими же нитями, через стому приводящий отрезок кишки интубируется желудочным зондом. В 3—4 см от поверхности кожи кишка на зонде пере-

вызывается прочной нитью. Зонд удаляется с первым стулом. В течение 2—4 недель после операции происходит выворачивание краев стомы слизистой наружу и окончательно формируется хоботок, как при первом варианте.

Показания к наложению плоской стомы считаем ограниченными из-за сложностей при последующем применении современных калоприемников, особенно у тучных больных. При некалтифицированном выполнении такая стома часто осложняется рубцовым стенозом.

У 18 из 47 больных с неоперабельными опухолями прямой кишки или другой тяжелой соматической патологией было выявлено 27 местных осложнений стомии. Реконструктивные вмешательства были нецелесообразны вследствие высокого риска наркоза и самой операции.

Довольно высокий процент перистомальных дерматитов был связан, по нашему мнению, с отсутствием качественного стомийного оснащения. С открытием сети реабилитационных кабинетов стомийной помощи многие проблемы стомированных больных должны быть решены.

В ы в о д ы

1. Правильное размещение и адекватное выполнение постоянной энтеро- и колостомы являются важнейшими условиями ее надлежащего функционирования, позволяют избежать многих послеоперационных осложнений.

2. Реконструкция порочных постоянных стом позволяет больным в последующем успешно пользоваться современным стомийным оснащением, что способствует скорейшему возвращению пациентов к полноценной жизни, их успешной социальной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев Ю. А. Илеостома при хирургическом лечении диффузного полипоза толстой кишки. Проблемы проктологии. Вып. 5. М., 1984. С. 98—101.
2. Еронкин П. В., Калашникова Н. А., Шельман Ю. А. О выборе методики формирования концевой колостомы при хирургическом лечении рака прямой кишки. Проблемы проктологии. Вып. 9. М., 1988. С. 73—76.
3. Рыков В. И. Хирургическая реабилитация больных с утраченным замыкательным аппаратом кишечника: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. М., 1982. 30 с.
4. Савчук А. Б., Алинев А. М., Козаровский Б. В. и соавт. Противоестественный анус. Киев, 1984.
5. Green E. W. Colostomies and their complications. Surg. Gyn. Obst. 1966. Vol. 147. P. 1230—1236.
6. Kock N. Intraabdominal reservoir in patients with permanent ileostomy. Arch. Surg. 1969. Vol. 99. P. 223—229.
7. Lubbers E. J. C., Devlin B. H. The complications of the permanent ileostomy. 8-th World Congress of the CICD. Amsterdam, 1985. С. 98—101.
8. Orangio G. R., Bronster B. A new type of continent ileostomy. Dis. Colon Rectum. 1984. Vol. 27. P. 238—241.
9. Prager E. The continent colostomy. Dis. Colon Rectum. 1984. Vol. 27. P. 235—239.
10. Schmidt E. Spätergebnisse nach glattmuskularem Sphinktereinsatz. Chirurg. 1985. Bd. 56. S. 305—309.

Поступила 19.02.96 г.

THE LOCAL COMPLICATIONS OF THE PERMANENT ENTERO- AND COLO-STOMIES, THEIR PROPHYLAXIS AND TREATMENT

A. V. Vorobey, M. Szczepkowski

The results of the examination and treatment of 308 patients with the permanent entero- and colostomies are adduced. The classification of the complications and the causes of their origin are given. The peculiarities of the reconstructive procedures and the technique of performing of end stomy with use of the modern ostomy equipment are described.

Канд. мед. наук С. Н. ШНИТКО, В. А. ПЛАНДОВСКИЙ

ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Отделение торакальной хирургии Главного военного клинического госпиталя
МО Республики Беларусь, кафедра военно-полевой хирургии
Военно-медицинского факультета Минского медицинского института

В статье анализируются результаты различных методик лечения 112 больных с неспецифическим спонтанным

пневмотораксом. Активная хирургическая тактика у этих пациентов позволила сократить рецидивы в 2 раза, по-

47
Библиотека